

KOMORBIDITA AGORAFOBIE, PANICKÉ PORUCHY A PARANOIDNÍ PORUCHY OSOBNOSTI

MUDr. Naděžda Soukupová, MUDr. Ján Praško, CSc., MUDr. Jiřina Kosová

Psychiatrické centrum Praha, III. LF UK

Úvod

V našem sdělení se zabýváme léčbou pacienta, u kterého se panická porucha s agorafobií a později i depresivní epizoda rozvinula na terénu paranoidní poruchy osobnosti. Lidé s paranoidní poruchou osobnosti zpravidla nevyhledávají psychiatrickou pomoc pro svoji vztahovčnost. Nejčastěji přicházejí za psychiatrem pro depresivní nebo úzkostnou symptomatologii. Tak tomu bylo i v tomto případě.

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychické poruchy v ambulantní praxi. V průběhu života trpí některou z úzkostných poruch kolem 24 % populace (Kessler a spol. 1994). Podle ECA studie (Johnson a spol. 1990) trpí 67 % osob postižených panickou poruchou současně některou další psychickou poruchou. Např. Starcevic a kol. zjistili, že poměrně častá bývá komorbidita s generalizovanou úzkostnou poruchou (52 %), afektivní poruchou (48 %), specifickou fobií (44 %) a sociální fobií (41 %), abúzem alkoholu (37 %), s obsedantně kompulzivní poruchou pak v 11 %. Zajímavý je současný výskyt panické poruchy a depresivních poruch. Asi 50 % pacientů trpících panickou poruchou prodělá někdy během svého života depresivní epizodu (Gorman a Coplan, 1996).

Kolem 40 % pacientů s panickou poruchou trpí navíc některou z poruch osobnosti (Brooks 1989, Shear 1997). Nejčastěji diagnostikovanou poruchou osobnosti u pacientů trpících panickou poruchou (s nebo bez agorafobie) je vyvíjející se porucha osobnosti a závislá porucha osobnosti (Chambless 1992), o něco méně histriónská a hraniční porucha osobnosti. Naopak paranoidní porucha osobnosti a schizoidní porucha osobnosti se v těchto případech objevuje zcela výjimečně (Ampollini 1997). Komorbidní porucha osobnosti zpravidla komplikuje průběh léčby pacientů s panickou poruchou.

Kazuistika

Pan P. je 31 letý svobodný upravený muž sportovní postavy. Během prvního rozhovoru formuluje odpovědi velmi opatrně. Z anamnézy: Otec byl protestantský farář, v rodině dominantní postava. Všichni jej museli na slovo poslouchat. Sám však byl úzkostný, zejména často se obával o své zdraví. Matka je spíše submisivní osobnost. Pacienta od dětství zahrnovala až příliš svazující láskou. Při konfliktech v rodině se však podržovala manželovi a byla vždy na jeho straně. P. má sestru starší o 1,5 roku. Mají a měli spolu dobrý vztah. Těhotenství matky bylo rizikové a naplněné stresem. Musela užívat antibiotika a lékaři jí doporučovali přerušení těhotenství. Pro věřící ženu to ale nebylo přijatelné. Po zbytek těhotenství se však trápila velkými obavami o zdraví dítěte. Porod i poporodní vývoj proběhl bez nápadností. Ve 3 letech se P. podrobil operaci tříselné kýly.

Oddělení od matky snášel se silnou úzkostí. Ve 12 letech se objevily astmatické a alergické potíže.

P. byl od dětství nejistý a úzkostný. Často mívával strach o matku. Obával se, že by se jí mohlo něco strašného přihodit. Báł se, že ztratí náhle rodiče nebo bude on sám vážně nemocen. Někdy matku tajně sledoval, aby se ujistil, že jí nic nehrozí. Často kontroloval celý byt, zda tam není někdo schovaný. Rodina se často stěhovala, na nová prostředí se P. obtížně adaptoval. Prospěch mívával většinou průměrný, ačkoliv měl na víc. V pubertě vyvrcholily neshody s otcem, cítil se jím příliš omezován. Brzy po maturitě se od rodičů odstěhoval. Samotu však snášel obtížně. V roce 1988 emigroval. V zahraničí se živil různou prací, převážně jako dělník. Hodně cestoval. V 1995 zažil těžký traumatický zážitek (byl svědkem násilné smrti několika lidí). Po této události začal nadměrně pít alkohol, stávalo se mu, že byl přehnaně agresivní po malých podnětech, často býval podezřívavý. Více začal sledovat své okolí. Měl pocit, že některé věci kolem něj se dějí záměrně a jsou namířené proti němu. Několikrát se stěhoval, dokonce i do jiné země v Evropě. Přesto měl často pocit, že je sledován. Stupňující se úzkost řešil alkoholem. Vrátil se do Čech, ale problémy nezmizely. Naopak byl utvrzen ve svých podezříváních ihned po návratu, kdy ještě na letišti musel podstoupit rozhovor s cizineckou policií. Ačkoliv tento „výslech“ nepřinesl žádný negativní dopad, P. začal více sledovat lidi okolo sebe a jeho úzkost narůstala. V té době poprvé pro úzkosti navštívil psychiatra. Začal docházet do psychiatrické ambulance, užíval fluoxetin a pro kolísavý tlak isradipin. Úzkosti se zmírnily asi po 4 měsících. P. přestal navštěvovat psychiatra a vysadil medikaci. O podezřívavosti s lékařem nemluvil, protože považoval své obavy za reálné.

Začal pracovat u soukromé firmy. Zpočátku se v práci cítil relativně dobře a věnoval jí hodně energie. Následoval pracovní postup a s ním spojená větší míra zodpovědnosti. Panické ataky se poprvé objevily v období, kdy měl možnost získat jedno z vedoucích postavení ve firmě. Bylo to období plné stresu a „intrik“ protikandidátů. První panický záchvat přišel v autě, kdy spěchal na důležité jednání a uvízl v dopravní zácpě. „*Najednou jsem ucítil píchání v hrudi, bušení srdce a pocení. Napadlo mě, že je to možná infarkt. Nemohl jsem dodechnout a dostal jsem strach, že se udusím, dokonce mě začaly brnět i ruce. Dojel jsem do nemocnice. Řada vyšetření ale infarkt či jiné závažné onemocnění vyloučila. Prý je to od stresu v práci. Prál jsem si tomu uvěřit, ale nemohl jsem. Příznaky byly tak silné, že jsem měl vážně strach, že umřu.*“ Od té doby se podobné stavy začaly objevovat častěji při jízdě do zaměstnání, někdy dokonce i při jednáních. V práci, kde se P. původně cítil nejlépe, začal mít nyní intenzivní úzkostné stavy. Zesílila jeho podezřívavost. Báł se, že i v práci jej někdo sleduje a chce mu ublížit. „*Nebyl*

jsem už ani schopen vypít kávu, kterou mi přinesla sekretářka. Bátl jsem se, že by mohla být otrávená. Vše, co mi předložila k podpisu, jsem po ní kontroloval, abych nepodepsal něco podstrčeného. Všechny své záznamy v počítači jsem zahesloval. Nejhorší bylo, že jsem začal být podezřivý všude. Měl jsem například pocit, že mě někdo sleduje na ulici nebo v obchodě. Vymyslel jsem si řadu manévrů, jak těm lidem zmizet, nebo jak si je ověřit. Na ulici jsem se najednou otočil a vydal se opačným směrem. Nebo jsem šel rovnou k té mě podezřelé osobě a přímo se jí zeptal, kolik je například hodin. Vždy jsem pak sledoval jejich reakci. Uvědomoval jsem si, že to asi přeháním, že je to něco ve mně, ale nedokázal jsem to ovládnout. Vždy jsem si různé události dal do takových souvislostí, že fakt, že mě někdo sleduje, vypadal logicky a reálně. Prostě jsem tyhle myšlenky nemohl zastavit a vyhovoval jsem jejich tlaku.“

Společně se silící vztahovostí se stupňovala i trvalá úzkost a četnost panických záchvatů. Ty začaly přicházet i v metru, při nakupování, ve frontách, dokonce i při zábavě s přáteli. P. navštívil opakovaně pohotovost, několikrát si přivolal první pomoc domů. Byl kompletně somaticky vyšetřen: kromě kolísavého krevního tlaku nikdy lékaři nic nezjistili. Byl upozorněn, že původ těchto záchvatů je pravděpodobně psychického původu, dostal předepsaný alprazolam. Asi rok žil v neustálém napětí, které částečně snižoval alprazolamem (užíval až 6 mg za den).

Tento stav vyvrcholil na podzim 1999, kdy jej opustila přítelkyně. K plně rozvinuté agorafobii s panickou poruchou se přidala i depresivní nálada. P. již v té době nechodil do zaměstnání, obával se vůbec jakkoliv kontaktovat své kolegy. Rovněž se nestýkal se svými přáteli. Málokdy vycházel ven. Byt měl zabezpečený nejmodernějšími poplašnými zařízeními. V tomto stavu byl po dalším prodělaném silném panickém záchvatu přijat do krizového centra a následně přeložen do psychiatrické léčebny. Během měsíčního pobytu přišla částečná úleva a zklidnění. Vysazení alprazolamu doprovázely abstinenční příznaky. Byl mu nasazen fluvoxamin a klonazepam. Ani v tomto zařízení se však nezminil o své vztahovosti a podezřivosti. Depresivní nálada ustoupila, přetrvávaly však úzkostné ataky. Pacient byl doporučen ke specializované léčbě do Psychiatrického centra.

V době přijetí na naše oddělení bylo u pana P. plně rozvinuté agorafobické vyhýbavé chování a objevovaly se panické ataky. Nedokázal sám cestovat hromadnou dopravou (MHD), ojedinele se odhodlal řídit auto, nemohl nakupovat, jít do zaměstnání, obával se navázat byť jen telefonický kontakt se svými kolegy. Nebyl schopen jít ven bez zajišťování se tabletami na uklidnění a mobilním telefonem. Depresivní symptomatologie přetrvávala v menší míře. Cítil se bez energie a chutě do života, nic jej nebavilo, netěšilo. Vztahovost úspěšně disimuloval. V oblasti medikace jsme pokračovali v terapii fluvoxaminem a rozhodli jsme se pro vysazení anxiolytika. V kognitivně behaviorální terapii jsme se v první části pobytu zaměřili hlavně na zvládání panických záchvatů a anticipační úzkosti. Obavy se zmírnily již po psychoedukaci. P. dobře porozuměl souvislostem mezi vegetativními projevy a úzkostí. Ustoupila

jeho obava, že panické ataky signalizují infarkt. P. prošel 10 řízenými záchvaty navozenými hyperventilací, které se naučil odstranit sám pomocí kontroly dechu a relaxace. Naučil se identifikovat spouštěče panických záchvatů, uvědomovat si myšlenky a tělesné signály, které se na tomto výrazně podílely a pracovat s nimi. Následovaly stupňované expozice in vivo. P. si postupně nacvičoval jízdu MHD, nakupování, pohyb po městě bez zajišťování.

Dařilo se zvládat stále náročnější úkoly. Zmírnění úzkostí, odstranění panických záchvatů a agorafobie nám pomohly získat u P. větší důvěru. Začal se více otevírat a poprvé promluvil o své vztahovosti a pocitech ohrožení. Rozhodli jsme se k medikaci přidat risperidon, od kterého jsme očekávali zmírnění tohoto nastavení, které stále přetrvávalo a brzdilo pacienta v další léčbě. Záměrně užívám výrazu nastavení, neboť vztahovost nikdy nedosahovala psychotické hloubky a P. sám měl náhled na přehnanost svých podezření. Pro lepší interakci s neuroleptikem jsme přešli z fluvoxaminu na sertralin. Pacient změnu medikace snášel dobře, bez vedlejších účinků. Již po týdnu se paranoidita i vnitřní neklid významně snížily a P. zaznamenal výrazné zlepšení kvality spánku. Ve druhé polovině hospitalizace začal P. kognitivně pracovat se svými paranoidními scénáři a vystavovat se situacím, které vztahovostní myšlenky spouštěly. Výrazný přelom nastal poté, co se P. dokázal na skupině intimněji rozhovořit o svém životě a odkrýt tak „slabiny“. Svěřil se ostatním, jak si lidi testuje, jak nikomu nevěří. Po tomto sebeotevření se mu výrazně ulevilo. To jej posílilo do dalších expozic. Podařilo se mu navázat telefonický kontakt s kolegy, kde bylo podezření a přesvědčení, že mu chtějí ublížit, nejsilnější. Při individuální terapii jsme se začali intenzivně věnovat výše zmíněnému traumatickému zážitku, který P. stále trápil, respektive po zmírnění ostatních potíží začaly potlačené emoce se zážitkem spojené vyplouvat na povrch. Často se vracely vzpomínky na celou situaci, někdy se objevovaly děsivé sny. Pomocí abreaktivní terapie jsme se opakovaně vraceli do období, kdy se celá událost odehrála. U P. postupně došlo k prožití zablokovaného afektu a k vyrovnání se s bolestnou situací. Abreakce se významně podílela na zlepšení stavu pacienta. Od této doby byl P. uvolněnější. V 8. týdnu hospitalizace byl bez depresivní a úzkostné symptomatologie, volně cestoval po městě bez zajišťování. V devátém týdnu jsme pacienta převedli do Denního stacionáře.

Během třítydenní docházky do Denního stacionáře jsme pokračovali v expozicích. P. si upevňoval dovednosti získané během hospitalizace a zaměřil se na obnovení společenského života. Kontaktoval své známé a setkával se s nimi. Občas se objevily myšlenky na možné ohrožení, ale P. je zpětně kognitivně zpracovával a dále se vystavoval situacím, které u něj vzbuzovaly anticipační úzkost. Opakovaně se utvrdil, že danou situaci zvládl, že se dobře bavil a že jeho obavy byly přehnané. Dostavila se „pozitivní“ rezignace, kterou charakterizoval slovy „pokud se mi má něco stát, tak to stejně neuhlídám, zkusím tedy lidem víc věřit, s tím neustálým strachem nestál život za nic. Teď jsem mnohem slobodnější.“ Během docházky se P. několikrát zúčastnil něko-

lika jednání v zaměstnání. Vše zvládl bez problémů. Byl potěšen tím, že je opět schopen se zapojit do práce. Vztahy s kolegy se zdají být nepoznamenané jeho nemoci a hospitalizací na psychiatrii.

Z rozhovoru s terapeutem před ukončením léčby (bylo nahráváno na video):

T.: Co Vám pomohlo zmírnit vztahovačnost?

P.: Důležitá pro mě byla práce s myšlenkami, přeramování, jak to tu nazýváte. Zpočátku jsem nevěřil, že by to mohlo nějak pomoci, ale dneska vidím, jak důležité to bylo a jak moc mi to pomohlo. Díky tomu jsem se naučil podívat se na celou situaci zvenku, zlehčit ji nebo zironizovat. Velkým krokem pro mě byla rezignace. Prostě mi došlo, že nemůžu vše a všude kontrolovat. A už vůbec ne tady. Došel jsem zde chuť to změnit, začít žít svobodněji.

T.: Jak jste ještě zkusil pracovat se vztahovačností?

P.: Navštěvoval jsem lidi, ze kterých jsem měl nepříjemný pocit. Pravda, bylo to doprovázeno špatnými pocity. Bral jsem to ale jako expozice, jako úkoly, které musím zvládnout. A také mi moc pomohlo, že jsem pochopil souvislost tělesných příznaků s úzkostí. Už jsem se jich nebál. Věděl jsem, že musím bojovat.

T.: Jak jste si dříve vysvětloval, když jste s někým byl a bylo Vám špatně?

P.: Že za to někdo může, že mi chce ublížit, možná, že mi dal nějakou látku do jídla. A ta mi dělá tyhle nepříjemné pocity. Nebo když jsem byl sám a tyhle pocity přišly, vyložil jsem si to, že mě někdo sleduje.

T.: Vzpomenete si na některou z těchto situací?

P.: Ano. Velkou expozicí byla návštěva holiče. Situace, kde jsem neměl možnost volného pohybu, mě děsily. Když měl někdo nade mnou kontrolu. Čekali tam dva muži, kteří přišli přede mnou. Jak jsem tam tak seděl, přepadl mě divný pocit. Necítil jsem se dobře z těch mužů.

T.: Co to znamená nedobry pocit? Co vás napadalo?

P.: Pocit, že se na mě moc dívají. Víc, než je třeba.

T.: Proč to mohli dělat?

P.: Nevím, jestli ty myšlenky teď popíšu přesně. Dneska už na to mám jiný náhled. Ale říkal jsem si něco v tom smyslu, že mě asi kontrolovat, že tam jsou, aby mě sledovali a hlídali.

T.: Co jste s tím dělal?

P.: Zkusil jsem to přeramovat svými vlastními logickými argumenty. Říkal jsem si, že tam byli už přede mnou. Nemohli mě tedy sledovat. Nikdo nevěděl, že jdu k holiči. Nemohli to tedy vědět ani tihle pánové. Řekl jsem si, že je to asi další z mých podezřívavých myšlenek. A zkoušel jsem se soustředit na dech a ty nepříjemné tělesné pocity prodýchat, jak jsme se to tu učili.

T.: Nenapadlo vás třeba, že vám ti pánové mohli číst myšlenky a vědět předem, co budete dělat?

P.: Ne, to tedy ne. Vždy jsem měl problémy s racionálními věcmi. Magické a tak - to ne. Ale pravda je, že jsem si dokázal vykonstruovat logické důvody k velmi nesmyslným věcem.

T.: Kam všude zasahovala vztahovačnost ve vašem životě?

P.: Absolutně všude. Partnerský život - nedůvěřoval jsem partnerkám, bál jsem se, že mě zradí, zraní, bál jsem se jim o sobě něco vyprávět. Nevěřil jsem ani přátelům. Zkoušel jsem si je prověřovat. Zjistit o nich všechno, i o jejich rodičích. Bál jsem se, že se se mnou přátelí jen proto, aby na mě získali nějaké informace. Zasahovalo to i do práce. Tam to bylo nejhorší.

T.: Jak by se dalo popsat to životní nastavení, které jste měl? Když budu lidem důvěřovat, tak...

P.: Tak mě zradí, zraní, zahubí nebo cokoliv jiného.

T.: Změnilo se to nějak?

P.: Myslím, že jsem ušel kus cesty. Začínám normálně žít. Bez kontrol, bez zabezpečování. Něco jde už automaticky. Někdy se přistihnu, že zase rozjiždím svůj podezřívavý scénář. A tak začnu přeramovávat a té situaci se vystavím naschvál ještě intenzivněji. Stejně jako mě expozice při agorafobii pomohly znovu cestovat - teď s tím nemám absolutně žádný problém, tak věřím i expozicím s tou svojí podezřívavostí. A moje životní nastavení? Především jsem pochopil, jaké BYLO. Dřív jsem si ani neuvědomoval, že jsem tak nastavený. Teď vím, že to byl můj pohled na svět, že to ostatní mohli vnímat úplně jinak. Myslel jsem si, že když budu lidem důvěřovat, tak mi mohou ublížit. Teď nevidím důvod, proč by mi ubližovali. Je nelogické, aby mě právě partnerka či přátelé chtěli zranit. Rozhodl jsem se jim věřit.

T.: A co když Vám někdo z nich v budoucnu opravdu ublíží? Co s tím uděláte? Třeba Vás v práci pomluví, nebo Vám přítel nepomůže, až budete potřebovat?

P.: Asi jde o to, překlenout se přes takovou situaci. Víím, že se to může stát. Učím se žít s tou nejistotou, že se to stát může. Ale přesto chci primárně lidem věřit. Život je takhle radostnější.

A myslím, že i normální lidé mají problém překlenout se přes zradu.

T.: Co si asi řeknete, když vás někdo zradí?

P.: Nevím, jak zareaguju, až se to stane. Ale víím, že jde o to, nevztahovat to na jiné lidi. Nepřestat věřit ostatním. Nechci se už pořád chránit a zabezpečovat.

T.: To by bylo bezvadné a já myslím, že se to povede. Vaše vystoupení v tomto rozhovoru o tom koneckonců svědčí, kdybyste nedůvěřoval, těžko by jste mluvil o všem tak otevřeně.

Katamnéza

Po ukončení docházky do denního stacionáře pacient nastoupil do práce, ambulantně bylo pokračováno v podávání sertralinu (100 mg pro die), risperidon byl vysazen. Po šestiměsíčním sledování od propuštění je pacient plně bez panických atak, bez vyhýbavého chování, vztahovačnost vymizela. V zaměstnání byl povýšen na místo, o které usiloval. Je spokojený a dokáže se naplno své práci věnovat (kávu si od sekretářky nechává připravovat každé ráno). V osobním životě se často setkává s přáteli, cestuje, sportuje. Obnovil vztah s rodiči, zejména vztah s otcem se posunul do nové, klidnější roviny. Navštěvují se pravidelně. V posledním měsíci si našel přítelkyni.

Diskuze

Léčba pana P. probíhala multimodálně, tj. pomocí kombinované léčby. Byl léčen medikamentózně antidepresivem a neuroleptikem, psychoterapeuticky pomocí skupinové psychoterapie, individuální psychoterapie a KBT. Kombinovaný přístup byl zvolen pragmaticky. Hlavními důvody z hlediska diagnózy poruchy byla přítomnost komorbidity (panická porucha, agorafobie, paranoidní porucha osobnosti, depresivní epizoda), poměrně dlouhé trvání úzkostné poruchy (5 let trvání panické poruchy, 3 roky agorafobie) a vysoká intenzita příznaků (těžká agorafobie a časté intenzivní panické ataky) a relativní farmakorezistence v minulosti (užíval kombinovanou farmakoterapii: fluoxetin s alprazolamem ve vysokých dávkách s částečnou úlevou v úzkostné symptomatologii, později fluvoxamin s klonazepamem ve vysokých dávkách jen s malou úlevou v úzkostné symptomatologii). Dalším faktorem, který jsme zvažovali, byl fakt, že pokud léčba nebude účinná v krátké době, hrozí panu P. propuštění z velmi dobrého pracovního místa. Samotná farmakoterapie se nám zdála nedostačující, neboť dosud vedla jen k částečné redukci panických záchvatů a depresivní symptomatologie, ale neměla vliv na agorafobii ani na paranoidní zpracování reality. Podávání benzodiazepinů jsme pokládali v tomto případě za obsoletní a pacientovi jsme klonazepam vysadili. Otázkou je, zda augmentace léčby risperidonem (1 mg pro die) byl účelný krok, nebo jenom naše reakce na odhalení poměrně intenzivního paranoidního prožívání. Faktem je, že risperidon byl přidán ve chvíli, kdy pacient sám začal otevřeně

o svém vztahovačném myšlení a chování mluvit. To znamená, že měl v té chvíli ke všem velkou (velmi neparanoidní) důvěru. K tomuto sebeotevření napomohla nejspíše dobrá skupinová atmosféra, kde se jednotliví členové světovali s poměrně intimními tématy a také nadšení ze zvládnutí panických záchvatů a agorafobie, které posílilo důvěru v sebe sama a léčbu vůbec. Je velmi pravděpodobné, že v tomto kontextu bylo možné propracovat paranoidní nastavení i bez přidávání neuroleptika (takto úspěšně pracujeme u pacientů s komorbiditou sociální fobie a paranoidní poruchy osobnosti). Také po vysazení risperidonu po 3 týdnech se vztahovačnost nezhoršila. Na druhé straně s pomocí neuroleptika šla psychoterapeutická práce neobvykle dobře a umožnilo to pak velmi rychle plné odeznění paranoidního nastavení a nástup do práce. Farmakoterapii jsme kombinovali s psychoterapií – zpočátku měla vliv hlavně KBT. P. se naučil kontrolovat panické záchvaty, cestovat dopravními prostředky, nakupovat, pohybovat se volně bez zabezpečovacího chování. Tyto úspěchy pomohly jak k získání sebedůvěry, tak k získání důvěry v léčbu, což pomohlo svěřit se s paranoidním nastavením. Ke zkvalitnění léčby bezpochyby přispěla i abreaktivní psychoterapie, ke které jsme přistoupili až v závěru hospitalizace, po vymizení panických atak a po velkém zmírnění jak paranoidního nastavení, tak i úzkostí samotných. Během abreakce došlo k expresi a odžití emocí uvědomovaných i skrytých za manifestovanou úzkostí. Podrobněji jsme se nevěnovali popisu této traumatické události na přání pacienta.

Literatura

1. Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, Maggini C: Temperament and personality features in panic disorder with or without comorbid mood disorders. *Acta Psychiat. Scand.*, 1997, 95, p. 420–423.
2. Brooks RB, Baltazar PL, Munjack DJ: Co-occurrence of personality disorders with panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 1989, 3, p. 259–285.
3. Gorman JM, Coplan JD: Comorbidity of depression and panic disorder. *J. Clin. Psychiat.* 1996, 57, Suppl. 10: 34–41.
4. Chambless DL, Renneberg B, Goldstein A, Gracely EJ: MCMI – diagnosed personality disorders among agoraphobic outpatients: Prevalence and relationship to severity and treatment outcome. *Journal of Anxiety Disorders*, 1992, 6, p. 193–211.
5. Kessler RC, McHoneagle KA, Zhao S. et al.: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1994; 51, 8–19.
6. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL: Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. *Arch Gen. Psychiat.*, 1990, 47, p. 805–808.
7. Shear MK.: Panic disorder with and without agoraphobia. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA (eds): *Psychiatry*. Philadelphia, WB Saunders 1997, 1020–1036.
8. Starcevic V, Uhlenhuth EH, Kellner R, Pathak D: Comorbidity in panic disorder: II. Chronology of appearance and pathogenic comorbidity. *Psych. res.* 1993, 46, p. 285–293.